

ROMANIA
CONSILIUL LOCAL PETROȘANI
JUDEȚUL HUNEDOARA
DIRECȚIA DE ASISTENȚA SOCIALĂ PETROȘANI
Nr. de înregistrare

Către
Direcția de Asistența Socială Petroșani

Subsemnatul/a

domiciliat/ă în județul, oraș (comună)

strnr.....bloc.....scara.....etaj..... ap.....

Legitimată cu B.I. C.I. C.I.P. Pașaport seria numărul

în calitate de reprezentant legal* persoană cu dizabilități

încadrat/ă în grad de handicap grav conform certificatului de încadrare în grad de handicap nr.....

din data de emis de**

vă rog să aprobați ridicarea indemnizației de însoțitor persoană cu handicap grav aferentă

lunii rămasă neridicată ca urmare a decesului persoanei cu dizabilități la data

de.....

Menționez că atașez la prezenta cerere următoarele documente în copie xerox:

- certificat de deces titular indemnizație însoțitor
- F C.I./B.I. însoțitor persoană cu dizabilități (soț/soție, copii, părinți)
- acte stare civilă din care să rezulte gradul de rudenie cu titularul indemnizației
- chitanțe fiscale prilejuite de cheltuieli legate de înhumare.

Subsemnatul/a declar că am fost informat(ă) și sunt de acord ca datele cu caracter personal să fie prelucrate în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției, cu respectarea prevederilor Regulamentului Uniunii Europene 2016/679.

DATA

SEMNĂTURA

* reprezentant legal poate fi: soț/soție, copil, părinte

** se va completa în funcție de caz cu Comisia pt. Protecția Copilului, Comisia de Evaluare pentru Persoane cu Handicap Adulți, Comisia Superioară de Evaluare pentru Persoane cu Handicap Adulți